

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství 3.LF UK



Kateřina Dardová

**Spolupřáce sester s matkami na novorozeneckém
oddělení**

*Cooperation of nurses with mothers in the
neonatology department*

Bakalářská práce

Praha, květen 2021

Autor práce: Kateřina Dardová

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Sandra Dvořáková**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetrovatelství 3. LF UK**

Předpokládaný termín obhajoby: 28.6.2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne

Kateřina Dardová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí Mgr. Sandře Dvořákové za podporu, cenné rady a odborné vedení.

Obsah

OBSAH	4
ÚVOD.....	6
1. TEORETICKÁ ČÁST	7
1.1 EDUKACE.....	7
1.1.1 KOMUNIKACE	8
1.1.2 PROCES EDUKACE	9
1.1.3 REALIZACE PROCESU EDUKACE	10
1.2 NEONATOLOGIE.....	11
1.2.1 KLASIFIKACE NOVOROZENCŮ	12
1.2.2 ZRALÝ FYZIOLOGICKÝ NOVOROZENEC	12
1.2.3 PRVNÍ OŠETŘENÍ FYZIOLOGICKÉHO NOVOROZENCE	13
1.2.4 RESUSCITACE NOVOROZENCE	14
1.2.5 ETIKA V NEONATOLOGII	15
1.3 PÉČE O FYZIOLOGICKÉHO NOVOROZENCE	16
1.3.1 KOJENÍ A VÝŽIVA NOVOROZENCE	17
1.3.1.1 Kontraindikace kojení	18
1.3.1.2 Technika kojení	18
1.3.1.3 Výživa kojící matky.....	20
1.3.2 PÉČE O HYGIENU	20
1.3.3 OŠETŘENÍ PUPEČNÍHO PAHÝLU	21
1.3.4 OBLÉKÁNÍ DÍTĚTE	21
1.3.5 PŘEBALOVÁNÍ DÍTĚTE	22
2. PRAKTICKÁ ČÁST.....	23
2.1. METODIKA	23
2.2 CÍLE A HYPOTÉZY	24
2.2.1 CÍLE	24
2.2.2 HYPOTÉZY	24
2.3 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ	25
3. DISKUSE	38
4. ZÁVĚR.....	43

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	46
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ.....	48
SEZNAM PŘÍLOH.....	48
PŘÍLOHY.....	49

Úvod

Téma pro svou bakalářskou práci Spolupráce sester s matkami na novorozeneckém oddělení jsem si vybrala na základě svého dlouhodobého zájmu o problematiku edukace a komunikace ve zdravotnických zařízeních a zároveň jsem se chtěla zabývat tématem v oblasti pediatrie. Nápad, jak spojit tato dvě odvětví, přišel prakticky vmžiku.

Jsou matky dobře edukovány? Jsou matky připravené pro péči o jejich novorozené dítě? Je jim dána dostatečná podpora při nové etapě jejich života? Nejen tyto otázky jsem si kladla při volbě tématu, ale i během zpracovávání mé práce.

Dle mého názoru je velice důležité, aby byly matky na novorozeneckých odděleních dobře připravené k péči o své novorozené dítě, a to od základní manipulace s dítětem, až po všelijaké úkony, počínaje například kojením.

Ve své bakalářské práci se tedy zabývám edukací a komunikací, dále oborem neonatologie a základní péčí o fyziologického novorozence. Závěrem mé práce jsem si dovolila připravit edukační materiál Desatero v péči o miminko.

1. Teoretická část

1.1 Edukace

Pojem edukace znamená vzdělávání a výchovu jedince, přičemž se oba tyto pojmy navzájem prolínají. Edukaci lze definovat jako proces nepřetržitého chování a jednání jednotlivce s cílem navodit pozitivní změny v jeho postojích, návycích, vědomostech a dovednostech. Ve zdravotnictví má edukace za cíl přispět k prevenci, udržení nebo navrácení zdraví (1,2,9).

Vzdělávání je určitý proces, u kterého jedinec rozvíjí své schopnosti, vědomosti, dovednosti a návyky. Efekt vzdělávání přináší vzdělání, vzdělanost a kvalifikaci (1).

Edukační proces je činnost, u které dochází k učení. Učení tak dosahuje záměrně (intencionálně) nebo nezáměrně (incidentálně). Edukační proces se vyvíjí a probíhá od prenatálního života, a to až do smrti jedince (1).

Edukant je individuální jedinec, který je objektem edukace. Je charakterizován svými jedinečnými vlastnostmi, čímž jsou fyzické, kognitivní, afektivní, sociální a sociokulturní vlastnosti (1,2).

Edukátor je hlavní aktér edukační činnosti a zprostředkovává učení. Ve zdravotnictví to nejčastěji bývá všeobecná sestra, lékař, porodní asistentka a tak dále (1).

Edukační konstrukty jsou edukační materiály, standardy, metodické pokyny a plány, které ovlivňují celý proces edukační činnosti (1,2).

Edukační prostředí je prostor, kde celá edukace probíhá. Charakter tohoto prostředí ovlivňují různé podmínky, jako například osvětlení, barva, nábytek, a také celková atmosféra edukace (1,2).

Edukace v primární péči je orientována na zdravé jedince, jejímž cílem je předejít nemoci. Edukace v sekundární péči se odehrává již u nemocných jedinců. Zaměřuje se na ovlivnění postoje, vědomostí a dovedností tak, aby se nabylo příznivého vlivu na uzdravení jedince, a tím se předešlo možným komplikacím. Cílí tedy na respektování léčebného režimu, zachování soběstačnosti a předcházení recidivy. Edukace v terciální péči se orientuje

na jedince, kteří mají trvalé a neměnné změny zdravotního stavu a snaží se tedy o zlepšení kvality života tak, aby nedošlo k možným komplikacím (1).

1.1.1 Komunikace

Komunikace znamená sdílení a sdělování. Je všeobecný prostředek k dorozumívání se, a je tak nedílnou součástí edukace. Dělí se na komunikaci verbální (slovem, písmem) a komunikaci nonverbální (beze slov), a tyto dvě složky se navzájem doplňují. Jedinec, který se chce podílet na edukační činnosti, musí mít komunikační dovednosti a znalosti. Komunikace v edukačním procesu je nástrojem k realizaci edukace, umožňuje výměnu informací, emocí, motivů, postojů a zkušeností. Ovlivňuje účastníky edukačního procesu a umožňuje reciproční kontakt mezi nimi (1,3).

Verbální komunikace se označuje jako komunikace slovní nebo pomocí symbolů. Evolučně je mladší než nonverbální komunikace a úzce souvisí s emocemi a myšlenkovými procesy jedince. Je nepostradatelnou složkou sociálního života a nutným předpokladem myšlení (1,3,4).

Verbální komunikaci lze rozlišit na přímou nebo zprostředkovanou, dále na živou nebo reprodukovanou, a pak psanou anebo mluvenou. Na úspěšnosti kvality verbální komunikace se podílí sedm složek, kterými jsou: hlasitost, rychlost řeči, intonace, pomlky, délka projevu a přítomnost slovních parazitů (1,3,4).

Kvalita zdařilé verbální komunikace v oblasti edukace spočívá v jednoduchosti projevu tak, aby nám edukant porozuměl. Je nutné, aby byl projev stručný a zřetelný, neboť se musí jasně vystihnout podstata věci. Dále je důležité vhodné načasování, kdy je podmínkou dostatek času, klid a soukromí pro sdělení a v neposlední řadě adaptabilita, kdy je důležité přizpůsobit styl dialogu reakcím jedince (1,3,4).

Nonverbální komunikace obvykle bývá na neuvědomělé úrovni. Nejjednodušeji se dá označit jako řeč těla a realizuje se tedy mimoslovními prostředky. Prožívání, emoce a postoje se vyjadřují pomocí nonverbální

komunikace. Zesiluje a doplňuje se tak verbální projev. Neverbální, stejně tak jako verbální projev, má své nářečí, a je ovlivněn i kulturou (1,3,4).

Do nonverbální komunikace se zařazuje mimika (výraz obličeje), haptika (dotek), proxemika (vzdálenost mezi subjekty), kinetika (pohyb těla), posturologie (postoj a poloha těla), gestika (komunikace pomocí gest), pohled z očí do očí a úprava zevnějšku (1,3,4).

1.1.2 Proces edukace

Edukace je nedílnou složkou novodobého ošetrovatelství. Má svá specifika a musí se přizpůsobit metodám péče a systému, a to obzvláště ve zdravotnických zařízeních, kde se zabývají zejména péčí o zdraví (2).

Zpravidla se edukace dělí na pět etap, které na sebe navazují a utvářejí tak jeden celek, který je možno zahrnout do ošetrovatelského procesu jedince. První etapa je posouzení, kdy se edukátor snaží přijít na úroveň schopností, zvyků, vědomostí a přístupu edukanta a rozpoznává jeho potřeby. Tyto informace sbírá pomocí rozhovoru a pozorování. Druhá etapa je takzvané projektování, kdy edukátor stanovuje edukační diagnózu. Volí formu, obsah a metodu edukace, připravuje cíle a přemýšlí nad způsobem edukace a časovém rozsahu. Třetí etapa je realizace, která začíná motivací edukanta. Na to navazuje expozice, u které se edukantovi předávají dovednosti a vědomosti s tím, že se již na edukaci plně podílí. Další, navazující, fází je fixace, při které edukant opakuje a procvičuje získané dovednosti a vědomosti. Dále pokračuje fáze průběžné diagnostiky, při které edukátor kontroluje a testuje pochopení a přístup edukanta. Konečnou fází realizace je aplikace, kdy edukant dokáže využít získané dovednosti a vědomosti. Čtvrtá etapa je realizace edukace, kdy dochází k prohlubování a upevnění učiva. V této etapě je důležité systematické procvičování a opakování nově nabytých vědomostí a dovedností. Pátá a poslední je etapa zpětné vazby, při které dochází k analýze a zhodnocení. Hodnotí se výsledky edukátora a samozřejmě i edukanta (1,2).

1.1.3 Realizace procesu edukace

Edukace se realizuje na základě stanovených potřebách jedince, které edukátor určil během sběru informací a měla by vycházet z plánů edukace a směřovat k uskutečnění cíle. Na tomto procesu by se měl podílet celý multidisciplinární tým, který realizuje edukaci na základě plánů, specializací a jednotlivých kompetencí (1).

Na úspěch edukace má vliv řada faktorů, které musí mít edukátor na zřeteli. Vyplývá to z faktu, že každý jedinec potřebuje individuální přístup, neboť každý žije v různých sociálních a sociokulturních podmínkách, má jiné vědomosti, zkušenosti, zvyky (1).

Faktory, které jsou nejčastější, a edukátor na ně musí brát ohled při plánování a uskutečnění edukace, jsou fyziologicko-biologické faktory, jako je například věk, pohlaví, zdravotní stav a stupeň soběstačnosti, dále pak osobnostní vlastnosti, motivace, zkušenosti, dovednosti a zvyky. Další faktory jsou sociálně-kulturní, kam zapadá například vzdělání, zaměstnání, rodinné vazby a ekonomické poměry. Konečným faktorem je prostředí, kde se koná edukace a jeho vybavení (1).

Kromě respektování výše zmíněných faktorů, je nutná také příprava. Ta se dá rozdělit do několika fází, a to na přípravu zdravotníka (edukátora), edukanta, prostředí a vybavení (1).

Příprava zdravotníka spočívá v přípravě dlouhodobé, kdy se musí blíže seznámit s plánem a cílem edukace jedince a bezprostřední, která se týká konkrétní lekce. Způsob přípravy je závislý na charakteru edukační lekce, formách edukace a organizačních podmínkách. Vhodná je příprava na edukační lekci v písemné podobě, kde by neměl chybět obsah, téma, metoda a cíle (1).

Příprava edukanta začíná odůvodněním, proč edukace bude probíhat, a seznámením se s veškerými cíli edukace. Velký vliv na realizaci edukace má zdravotní stav a psychické rozpoložení edukanta, a proto je nezbytné, aby edukátor měl dostatek trpělivosti (1).

Příprava prostředí je nezbytnou součástí edukace. Je vhodné se rozhodnout pro klidné a tiché místo, kde se bude dobře cítit edukátor i edukant (1).

I přes veškeré přípravy je možné, že se edukace neuskuteční, a to z jakéhokoliv nepředvídatelného důvodu. Realizaci mohou ovlivnit takzvané edukační bariéry, které lze popsat stran edukátora, například únava, nedostatek času, neplánovaná edukace, tak i stran edukanta, kde je možno uvést psychický stav, jazyková bariéra nebo i charakter onemocnění (1).

1.2 Neonatologie

Neonatologie je obor medicíny zabývající se péčí o novorozence, a to v širokém spektru stavů, od fyziologických novorozenců přes novorozence s vývojovými vrozenými vadami až po extrémně nezralé novorozence (5,6).

Funkční celek, který tvoří neonatologická a porodnická oddělení, se nazývá perinatologické centrum, jejichž cílem je kvalitní péče o těhotnou ženu, plod a dítě, a to v případech fyziologického, tak i patologického průběhu těhotenství (6).

Gestační stáří nebo také gestační věk (GV) je délka trvání těhotenství a je měřena od prvního dne poslední menstruace až do porodu (7,8).

Živě narozené dítě je plod, u kterého je přítomna nejméně jedna ze čtyř známek života (srdeční akce, pulzace pupečníku, dýchání a spontánní pohyby), a to bez ohledu na délku těhotenství (6,7,8).

Mrtvě narozené dítě je plod s porodní hmotností 500 g a výš, který nejeví žádné známky života (6,8).

O potrat se jedná v případě, kdy plod nejeví žádné známky života a jeho porodní hmotnost je 500 g a méně (8).

Perinatální období označujeme období od 29. gestačního týdne až do sedmého dne života (8).

Perinatální morbidita označuje souhrn onemocnění vzniklých během perinatálního období plodu a novorozence (10).

Perinatální úmrtnost značí úmrtnost v prvních sedmi dnech života, a to včetně mrtvě narozených dětí. Perinatální úmrtnost lze také uvést jako časnou novorozeneckou úmrtnost (6,8,10).

Novorozenecké období označujeme jako období od prvního do osmadvacátého dne života (7,8).

Novorozenecká morbidita je souhrn onemocnění vzniklých v období novorozeneckém (10).

Novorozenecká úmrtnost vyjadřuje počet zemřelých novorozenců v prvních čtyřech týdnech života (6,8,10).

1.2.1 Klasifikace novorozenců

Novorozenci jsou charakterizováni a následně děleni dle gestačního stáří, porodní hmotnosti a vzájemného vztahu stáří a hmotnosti (6).

Podle gestačního stáří se novorozenci klasifikují na nedonošené, kdy je jejich gestační věk do 36 týdnů a 6 dnů (36+6), donošené, jejichž gestační věk je od 37+0 do 41+6 a na závěr přenášené, kdy je gestační věk 42+0 a výš (6).

Dle porodní hmotnosti se klasifikují novorozenci makrozomní (4500 g a výš), s normální (2500 g až 4499 g), nízkou (méně než 2500 g), velmi nízkou (pod 1500 g) a extrémně nízkou (pod 1000 g) porodní hmotností (6).

Poslední klasifikací novorozenců je vzájemný vztah gestačního stáří a porodní hmotnosti. Pokud gestační věk odpovídá porodní hmotnosti, jedná se o eutrofického novorozence. Pokud je hmotnost pod 10. percentilem hmotnosti pro daný dovršený týden gestačního věku, jedná se o novorozence hypotrofického (SGA). Pokud je hmotnost nad 90. percentilem hmotnosti pro daný dovršený týden gestačního stáří, jedná se o hypertrofického novorozence (LGA). Hypertrofie a hypotrofie se může vyskytnout u donošených, nedonošených i přenášených novorozenců (6,8).

1.2.2 Zralý fyziologický novorozenec

Dítě, které je narozené v 38. až 42. týdnu gestačního stáří s porodnickou hmotností mezi 5. a 95. percentilem a má dobrou poporodní adaptaci, se označuje jako zralý fyziologický novorozenec (7).

Mezi somatické známky zralosti se řadí přiměřeně silný pupečník, jehož úpon je ve středu břicha, zřetelné rýhování plosek nohou a dlaní, přerostlé okraje nehtů, dostatečně pigmentované prsní bradavky, u dívek velké stydké pysky kryjí malé a u chlapců jsou varlata sestouplá v šourku (7,9).

Mezi funkční známky zralosti se řadí zralost centrální nervové soustavy, zralost plicních funkcí a srdeční akce a stav vědomí, kdy je novorozenec v bdělém stavu a spontánně se pohybuje (7,9).

V novorozeneckém období je i charakteristická výbavnost reflexů. Reflexní pohyby začínají již v devátém týdnu gestace. Životně důležitý je pro novorozence reflex sací, polykací a pátrací, a to především kvůli zajištění příjmu potravy. Další z reflexů je úchop, který lze vyvolat dotykem a stimulací dlaně. Moroův reflex, který nastupuje od osmadvacátého týdne gestace a fyziologicky vymizí do tří až čtyř měsíců života, je reakcí na úlek novorozence a reflex Babinského, který trvá do 12. až 16. měsíce života, kdy při dráždění plosky nohy od paty po zevní části chodidla až pod prsty dochází k roztažení prstů dolní končetiny (9).

1.2.3 První ošetření fyziologického novorozence

Po narození vyšetří každého novorozence zprvu pediatr nebo neonatolog, který zhodnotí zdravotní stav, průběh poporodní adaptace a zaměří se i na odhalení vrozených vývojových vad. Nezbytná součást je také posouzení anamnestických údajů. Závěr těchto vyšetření je východisko pro určení typu péče, a to buď na úseku fyziologických novorozenců, intermediální anebo intenzivní péče (6,14).

Další ošetření zahrnuje omezení tepelných ztrát. Osušení těla a hlavičky dítěte minimalizuje tepelné ztráty a otíráním dochází k přirozené stimulaci vitálních funkcí, a to především dýchání. Žádoucí je, aby dítě nabylo růžové barvy, křičelo, hluboce dýchalo a čile se hýbalo (7,9,13).

Dále se provádí změření a zvažení tělesné délky novorozeného dítěte (7,9,13).

Toaleta horních cest dýchacích (odsávání) se rutinně u fyziologických novorozenců neprovádí, neboť má řadu negativních reakcí, například

nauzea a zvracení, apnoe, bradykardie, poškození sliznice a celkové zhoršení poporodní adaptace (9,13).

Prvotní ošetření pupečníku se provádí sterilně a asepticky. Pupeční pahýl se musí pevně podvázat. Následně se vhodným dezinfekčním roztokem dezinfikuje a překryje se sterilním čtvercem. Během dalšího ošetření se už pupečník nezakrývá (7,9,13).

Další ošetření se týká prevence kapavčitého zánětu spojivek, takzvané kredeizace, a to kápnutím jedné kapky do každého oka přípravkem, který nese název Ophthalmo-Septonex a prevence krvácivé nemoci novorozenců, kdy se i.m. podává vitamín K₁ (Kanavit) (7,9,13).

Neopomenutelnou částí prvního ošetření je označení novorozence minimálně identifikačním náramkem (7,9).

Dobře zadaptovaný novorozenec se může položit matce na břicho nebo na prsa. V těsné blízkosti matky novorozené dítě rozeznává její hlas, přijímá teplo, cítí vůni a při přiložení k prsu může začít sát, a to může být první krok k úspěšnému kojení. Tyto okamžiky jsou také důležité pro posílení citové vazby mezi dítětem a matkou (7,9,13).

Během celého procesu ošetřování je důležité pečlivě pozorovat reakce a projevy novorozeného dítěte a hodnotit tak jeho adaptaci na mimoděložní prostředí. V 1., 5. a 10. minutě života novorozence se hodnotí celkový stav a projevy chování pomocí skóre podle Apgarové (7,10).

1.2.4 Resuscitace novorozence

Metoda, jejíž použití zachránilo značné množství lidských životů, se nazývá kardiopulmonální resuscitace (KPR) (5).

Ačkoliv většina novorozených dětí resuscitaci nepotřebuje, tak novorozenec, který nedokáže po porodu zahájit pravidelné a dostatečné dýchání nebo nemá náležité prokrvení, resuscitaci vyžaduje. Včasný a efektivní zásah v prvních pár minutách života může rozhodnout o přežití novorozeného dítěte (10,15).

Nezahájení resuscitace se zvažuje pouze ve speciálních situacích, kdy stav novorozence je spojen s vysokým rizikem morbidit a mortality. Jedná

se například o předčasný porod (23. týden gestace a méně), porodní hmotnost pod 400 g, trizomie chromozomu 13 či 18. Toto stanovisko platí především v situacích, kdy byla příležitost k informování rodičů před porodem (8).

O ukončení resuscitace se uvažuje, pokud novorozené dítě nejeví žádné známky života po 10 minutách adekvátní a nepřetržité kardiopulmonální resuscitace. Jedná se o případy, kdy novorozenec nejeví žádné známky života do 10 minut od porodu nebo vykazují závažné poškození či extrémně vysokou mortalitu (8).

Počátečním úkolem je rychlé zhodnocení situace a následně novorozené dítě osušit od zbytků plodové vody, tím udržet jeho teplotu a uložit ho do polohy na zádech s nepatrným záklonem hlavy a lehce podloženými rameny. K uvolnění dýchacích cest poslouží šetrné odsátí z dutiny ústní a následně z nosu. Pokud novorozenec dýchá mělce či nepravidelně, ale srdeční akce je nad 100/min, může pomoci zvýšení frakce inhalovaného kyslíku a jemná dotyková stimulace dýchání. Pakliže novorozenec dýchá lapavě, nedýchá či je jeho srdeční akce pod 100/min, zahajuje se manuální ventilace maskou a vakem pro resuscitaci (10,13).

Jestliže se stav novorozence nelepší, je nutná intubace a umělá plicní ventilace přes endotracheální kanylu. Pokud klesne srdeční akce pod 60 úderů za minutu, zahajuje se nepřímá srdeční masáž. Na kardiopulmonální resuscitaci se vždy podílí dvě osoby, kdy se jedna stará o komprese hrudníku a druhá zajišťuje dýchání. Resuscitace probíhá v poměru tři komprese hrudníku na jeden vdech (10).

1.2.5 Etika v neonatologii

Etika je disciplína na filozofické úrovni. Je to věda, jejímž předmětem je mravnost a zkoumá způsob myšlení a jednání člověka. Neurčuje, co je správné a nesprávné nebo co se smí a nesmí, ale pomáhá rozlišovat, co je mravné a nemravné. Je součástí každé kultury. V ošetrovatelství lze etiku definovat jako teorii o příčinách a podmínkách ošetrovatelsky žádaného a nežádaného počínání (11,12).

Eticky velmi náročné a specifické situace se musí řešit na oddělení neonatologie, kdy se musí jednat v nejlepším zájmu novorozeného dítěte. Při poskytování péče v tomto oboru jsou etické principy uplatňovány na všech úrovních. Mezi etické principy v ošetrovatelství se řadí autonomie, která poukazuje na to, že každá bytost by podle svých etických zásad měla mít právo rozhodovat o svém počínání. Dalšími principy jsou prospěšnost, kdy se hovoří o závazku konání dobra a vyvarování se újmy, důvěryhodnost, která poukazuje na věrnost a vykonání závazků, spravedlnost, jejímž principem je rovnocenné jednání s jedinci a pravdomluvnost, kdy jde o závazek říkání pravdy, a tím neklamat sebe ani druhé (6,11,12).

Fyziologičtí novorozenci, kteří jsou hospitalizováni na úseku fyziologických novorozenců, mají ve většině případů nekomplikovaný průběh a jejich hospitalizace je krátká. V současné době se dává velký důraz na poskytnutí kontaktu novorozence s matkou hned po porodu, přičemž se uskuteční i přiložení k prsu, a tím se zahájí rozvoj úspěšné laktace. Další péče probíhá na pokoji, takzvaný rooming in, kde jsou matky se svými novorozenými dětmi a učí se správné péče o dítě. Tento postup má za následek vytvoření klidných podmínek pro adaptaci po porodu a rozvoj kojení (6).

1.3 Péče o fyziologického novorozence

Péče na oddělení fyziologických novorozenců je velmi specifická, neboť je do ní plně zapojena i matka dítěte. Je důležité, aby docházelo k postupnému osamostatňování matky v péči o novorozené dítě, protože propuštění matky a dítěte je možné pouze v případě, že péči o dítě ovládá. Je důležité matku o výkonech teoreticky poučit, následně prakticky ukázat, a poté matka výkony provádí sama, ze začátku pod dohledem sestry, v případě potřeby asistence. Úkolem sestry je matku podpořit, učit a pomáhat jí. V této oblasti péče by měl být vyhrazen čas na případné otázky stran matky (7,9,13).

1.3.1 Kojení a výživa novorozence

Kojení je nejpřirozenější způsob výživy novorozených dětí. Mateřské mléko představuje ideální formu výživy a je přizpůsobené potřebám novorozenců (7,8).

Dětem i matkám přináší kojení a mateřské mléko mnoho výhodných faktorů, k nimž řadíme optimální složení výživy pro zdravý vývoj a růst, zdravotně preventivní a imunologické faktory, ekonomickou výhodnost, a dále i psychologické a praktické výhody, kdy se prohlubuje emocionální vazba a pocit bezpečí mezi matkou a dítětem (6,10).

Tvorba mateřského mléka je fyziologický proces. Po celou dobu gravidity probíhá příprava mléčné žlázy pod hormonálním vlivem (estrogeny). Mléko se začne tvořit účinkem prolaktinu, a to po porodu, kdy je odstraněn blokující vliv placenty. Sáním mléka se stimulují prsní bradavky, čímž se zvyšuje laktace. Oxytocin způsobuje kontrakci myoepiteliálních buněk mlékovodů, a tím dochází k vypuzování vytvořeného mléka (let-down reflex) (6,10,14).

Mateřské mléko je komplexní tekutina, která svým složením odpovídá měnícím se potřebám a nárokům novorozených dětí (6,9,10,14).

V prvních dnech po porodu se v malém množství tvoří mlezivo, také zvané kolostrum. Kolostrum má nižší energetický obsah (56 kcal/100ml), nižší obsah tuků a sacharidů. Obsahuje vyšší množství bílkovin, má velké množství sekrečního IgA a má hodnotné imunologické funkce. Je bohaté na lymfocyty, granulocyty a makrofágy. Dále je mléko přechodné neboli tranzitorní, které se tvoří do desátého dne po porodu a má nižší obsah bílkovin, vyšší obsah tuků a sacharidů a vyšší energetický obsah (60 kcal/100ml). Přes tranzitorní mléko se tvoří mateřské mléko zralé, které má stejný obsah sacharidů jako u mléka tranzitorního, vyšší energetický obsah (68 kcal/100ml), vyšší obsah tuků a nižší obsah bílkovin (6,8,10,14).

1.3.1.1 Kontraindikace kojení

Mezi kontraindikace kojení patří infekční onemocnění matky, například aktivní TBC, virus lidské imunodeficiencie (HIV), syndrom získané imunodeficiencie (AIDS), HTVL typ I nebo II, sepse (10,14).

Vrozené onemocnění metabolismu, například galaktosémie nebo fenylketonurie a nemoc javorového sirupu, kdy dítě při tomto onemocnění může být kojeno, ale protože mateřské mléko obsahuje malé množství fenylalaninu, je nutné monitorovat hladiny větvených aminokyselin (6,10,14).

Závažná onemocnění matky, kam spadá onemocnění jater, ledvin, plic, srdeční selhání, karcinom prsu, postnatální deprese, laktační psychóza (6,10,14).

Farmakoterapie matky, kam se řadí veškeré léky, které více či méně, v závislosti na chemických a fyzikálních vlastnostech, přecházejí do mateřského mléka. Vždy je třeba se poradit s ošetřujícím lékařem, pediatrem nebo neonatologem o užívání léků během laktace (6,14).

Obecně kontraindikované léky jsou cytostatika, radioaktivní izotopy, návykové látky, kombinovaná léčba psychofarmaky a antiepileptiky, imunomodulační léky, soli zlata, lithium, námelové alkaloidy a některé druhy antibiotik, jako například tetracykliny, Metronidazol a chloramphenicol (8,10).

1.3.1.2 Technika kojení

Podstata úspěšného kojení je správná technika a každá matka se ji musí naučit. Úkolem personálu na novorozeneckém oddělení je matce techniku kojení vysvětlit a ukázat. Dále je potřeba matku motivovat, podporovat a chválit (2,6,10).

Mezi hlavní zásady kojení řadíme časně přiložení novorozence k prsu do prvních dvou hodin po porodu, čímž se podpoří produkce mléka. Kojí se dle potřeby, přičemž je frekvence a délka kojení závislá na signálech dítěte. Další zásadou je výhradní kojení, kdy je dítě pouze kojeno, a pokud prospívá, lze pouze kojit do 6. měsíce života. Zavedení vhodného příkrmu,

ideálně po 6. měsíci života, a pokud je to možné, tak kojit v kombinaci s příkrmy do dvou let věku. Před a po každém kojení je dobré umýt prsy vlažnou vodou. Před kojením otřít sterilním hadříkem a po kojení ošetřit krémem na ochranu pokožky (8,10).

Jedním z mantinelů techniky kojení je správná poloha dítěte a matky. Existuje několik různých poloh. Ačkoliv záleží na pohyblivosti matky, velikosti dítěte i prsů, poloha by měla být uvolněná a pohodlná. Dítě je přikládáno do přímého tělesného kontaktu s matkou a tělo dítěte má být převrácené bříškem k břichu matky. Ústa dítěte mají být v úrovni bradavky a hlava má být uložena na paži matky (8,7,10,14).

Správné držení a nabízení prsu dítěti nastává v momentě, kdy matka rukou podpírá prs zespodu a dítě musí objímat co největší část dvorce (6,10).

Správné prisátí dítěte k prsu se pozná podle toho, že dítěti nevpadávají tváře, není slyšet srkavý zvuk a při sání se pohybují ušní boltce. Sací pohyby jsou zprvu rychlejší a postupně zpomalují. Při správném provedení může dítě volně dýchat (6,10).

Při kojení se mohou vyskytnout různé problémy. Mezi časté patří retence mléka, která se projevuje ztuhnutím části prsu a bolestivým zarudnutím. Může být spojeno s vysokou tělesnou teplotou. Příčinou retence může být špatná technika sání nebo ucpání jednoho z vývodů. Léčí se antipyretiky, ledovými obklady a masáží. Těsně před kojením se doporučují teplé obklady a častější kojení (6,9,17).

Ragády bývají obvykle výsledkem špatné techniky kojení. K léčbě tedy přispívá změna polohy při kojení (6).

Mastitis se označuje jako infekční zánět mléčné žlázy. Prs je zarudlý, bolestivý a jsou přítomny vysoké teploty. Původce mastitis jsou bakterie a nejčastěji se léčí pomocí antibiotik, společně s lokální léčbou studenými obklady. Toto onemocnění není důvodem k přerušení kojení (6,9,14).

Potíže se vpáčenými nebo malými bradavkami je možné vyřešit pomocí speciálního silikonového kloboučku (6).

1.3.1.3 Výživa kojící matky

Strava kojící matky by měla odpovídat zásadám zdravé výživy. Měla by být smíšená a lehká. Množství a kvalita výživy ovlivňuje zdravotní stav nejen dítěte, ale i samotné matky (2,6,17).

Důležité je dodržovat pitný režim nesycenou vodou. Množství tekutin se pohybuje mezi 2–3 l denně. Vhodné je pitný režim doplňovat mlékem, džusem a minerální vodou (6,7,10).

Během kojení se doporučuje zvýšit příjem bílkovin asi o 15 g denně. Největším zdrojem energie jsou tuky. Vícenenasycené tuky by měly být v porovnání s nasycenými tuky ve dvojnásobném množství. Rybí tuk a rostlinné oleje jsou nejlepším zdrojem vícenenasycených mastných kyselin, tím pádem by měl být jídelníček kojící matky obohacený syrovým rostlinným olejem, a měl by alespoň třikrát týdně obsahovat ryby (10).

Kojící matka by měla omezit příjem soli obecně na 3–5 g denně. Doporučené množství vápníku činí 1 g. Vitamín C se má podávat v hodnotách 150 mg denně. V dávce 15–20 mg denně by se mělo přijímat železo, a to nejlépe v podobě masa. Dávka jódu se doporučuje v množství 100–150 µg denně (10).

Všechny matky by se během kojení měly vyvarovat velkého množství kofeinu, neboť jeho přílišný příjem vede k poruchám spánku a neklidu dítěte. Odmítání prsu, neklid při kojení dítěte a snížení tvorby a uvolňování mléka způsobuje nikotin obsažený v cigaretách. Dalším důvodem pro neprospívání dítěte může zavinit pravidelný příjem alkoholu. Naprosto nepřípustné při kojení je užívání drog. Krom důvodu snížení tvorby mléka, razantně snižují schopnosti matky v péči o dítě (10).

1.3.2 Péče o hygienu

Hygiena je základní biologická potřeba, která je uspokojována již od narození a stále se vyvíjí. Jedná se o udržování osobní čistoty. V oblasti hygieny jsou novorozené děti plně závislé na dospělé osobě (9).

Kůže novorozenců je mnohem tenčí, na povrchu není vyvinut ochranný plášť, a je méně odolná k nepříznivým biologickým, chemickým, fyzikálním a mechanickým vlivům (9).

Novorozené dítě není nutné koupat každý den, neboť příliš časté koupání vede k narušení přirozeného ochranného filmu. K mytí je vhodné používat dětská mýdla s glycerinem. Aby se dítě nenechalo bez dohledu, je potřeba si dopředu připravit vše, co je ke koupeli třeba. Při koupání a přenášení z místa na místo je důležité podpat hlavičku a dítě pevně držet, aby nevyklouzlo z rukou (9,16).

Do úplného zahojení pupku se preferuje novorozence sprchovat, po zahojení je možné připravit pro novorozené dítě koupel. Teplota vody se odhaduje na 38 °C, avšak není nezbytné použití teploměru. Pro určení teploty postačí vložení spodní části předloktí do vody, která musí být příjemně teplá (9).

Nejprve se dítěti jemně omyje obličej čistou vodou, následně se omyje hlavička a tělíčko vhodným kosmetickým přípravkem a na závěr genitál a hýždě. Je důležité mýdlo pečlivě opláchnout. Celková koupel by měla trvat kolem 5 minut, ovšem čím mladší dítě je, tím by měla být koupel kratší (16).

Novorozené dítě je náchylné ke ztrátám tepla, a proto se po koupeli musí pečlivě osušit a zabalit do teplé osušky, včetně hlavičky. Podle potřeby se ošetří kůže, nejlépe přípravky bez parfemace (5,9,16).

1.3.3 Ošetření pupečního pahýlu

Ošetření pupečního pahýlu není nějak zvlášť náročné. Důležité je nechat pupečník co nejpřirozeněji zaschnout. Proces zasychání trvá šest až deset dní. Doporučuje se pupečník ošetřit 1–2x denně vhodným dezinfekčním prostředkem a jinak ho ponechat volně (5,9).

1.3.4 Oblékání dítěte

I dnes, stejně tak jako v historii, se novorozené děti balí do plen, které jsou nyní především absorpční a jednorázové. Z hlediska oblečení je na výběr široké spektrum kousků, jako například košílky, bodíčka, dupačky, overaly. Dítě se obvykle převléká vždy po koupeli nebo při znečištění (5,9).

U novorozených dětí se preferuje oblečení vyrobené z bavlny, které se dá snadno udržovat a má dobré savé schopnosti. Dobré je dětské oblečení prát na vysoké teploty bez použití aviváže (9).

Již v prvních dnech po propuštění z porodnice je možné chodit s novorozencem na vycházky. Je nutné oblékat dítě přiměřeně k okolní teplotě a obecně se radí, že má mít o jednu vrstvu oblečení více než dospělý člověk. Při procházkách venku se nesmí zapomínat na čepičku a v zimních měsících by se mělo dbát na ochranu pokožky před mrazem (9).

1.3.5 Přebalování dítěte

Plenkové kalhotky by měly být velikostně úměrné stáří a hmotnosti dítěte. Pokud jsou pleny příliš malé, dítě škrtí a mají malou schopnost absorpce, čímž se snadněji pokožka zapaří, a vznikají tak opruzeniny. Pokud jsou pleny příliš velké, jsou dítěti nepohodlné, padají a ztrácí své funkční schopnosti (9,16).

Novorozené dítě močí přibližně dvacetkrát za den a s přibývajícím věkem frekvence klesá. Pleny se tedy obecně mění 7–8x denně (9).

Při přebalování dítěte je důležité prvně očistit kůži od moči a stolice, nejlépe vodou nebo čistícími ubrousky. U holčiček se při ošetření genitálu postupuje zepředu dozadu, u chlapců se ošetří okolí konečníku, třísla, záhyby pod šourkem a kůže pod penisem. Po tomto omytí se ošetří kůže zadečku mastí či vhodným krémem a následně se dítě zabalí do čistých plen. Při balení se nesmí omezit pohyb dítěte. Volná musejí zůstat stehna i kolena (9,16).

2. Praktická část

2.1. Metodika

Pro mou bakalářskou práci bylo zvoleno kvantitativní šetření, které bylo realizováno formou anonymních dotazníků s uzavřenými a jednou otevřenou otázkou. Šetření probíhalo na oddělení fyziologických novorozenců ve Fakultní nemocnici v Motole. Celkem bylo dotázaných 31 respondentek, z čehož jedna matka odmítla účast na výzkumné práci.

Anonymní dotazníky byly rozdávány matkám postupně, a to druhý až třetí den po porodu, ideálně v den propuštění, kdy už měla být edukace kompletní. Informace o výzkumné práci byly respondentkám sdělovány jednotlivě, s možností dotazů ohledně šetření.

Připravené dotazníky obsahovaly pole pro věk a počet porodů respondentek. První otázka se pak týkala nejvyššího dosaženého vzdělání. Dále bylo vytvořeno 7 okruhů v péči o novorozené dítě (otázka 2–8). Jednalo se o chování dítěte v náručí, oblékání, poloha dítěte při spaní, přebalování a koupání dítěte, péče o pupek a kojení. Každý okruh obsahoval podotázky s uzavřenou možností výběru odpovědí ano – ne. Devátá otázka se vztahovala ke kvalitě komunikace a celkového předávání informací na oddělení fyziologických novorozenců. Obsahovala celkem čtyři podotázky, kde jsem se dotazovala na časovou náročnost edukace, dostatečnost a srozumitelnost informací, a zda byla možnost a prostor na případné dotazy. I tato část dotazníku byla opět s uzavřenou možností výběru odpovědí ano – ne. Celý dotazník byl zakončen jedinou otevřenou otázkou, a to polem pro případné doplňující informace, přičemž byl tento údaj nepovinný. Respondentky, které byly po druhém porodu a více, do závěrečné části uváděly, zda v určitých úkonech chtěly být edukované, či nikoliv.

Výzkumné šetření bylo zpracováno do přehledných grafů, které zachycují počet respondentů a výsledné odpovědi. Grafická znázornění byla dále popsána slovem, s přidanou procentovou hodnotou. Celá výzkumná část je popsána níže v diskusi.

2.2 Cíle a hypotézy

2.2.1 Cíle

Cílem mé bakalářské práce bylo stanovení a hodnocení kvality předaných informací matkám v péči o novorozené dítě a hodnocení kvality komunikace na novorozeneckém oddělení. Můj závěrečný cíl této práce spočíval v tvorbě edukačního materiálu pro péči o novorozence.

2.2.2 Hypotézy

Hypotéza 1.

Matky jsou dostatečně edukovány v péči o novorozence.

Hypotéza 2.

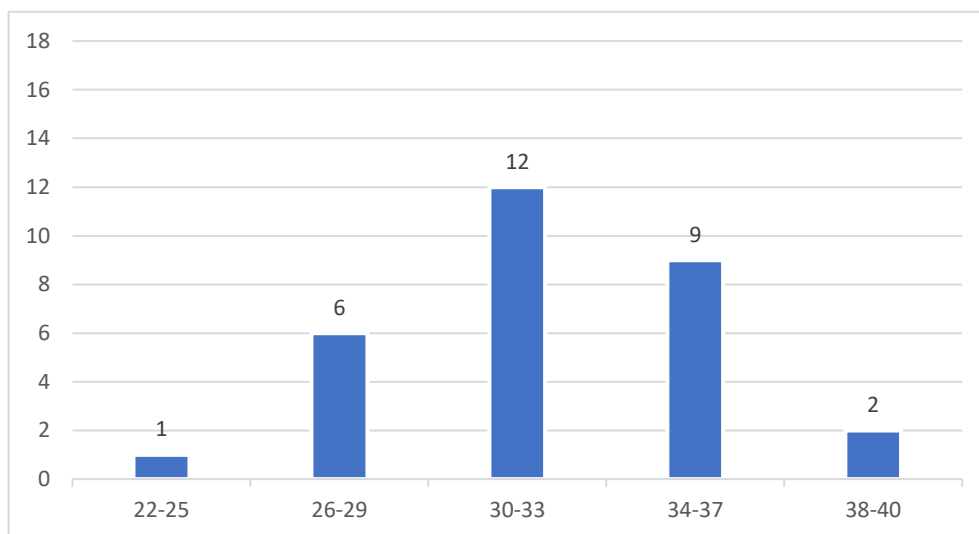
Na oddělení fyziologických novorozenců je dostatek času a prostoru pro edukaci matek.

Hypotéza 3.

Množství předaných informací je dostatečné a srozumitelné.

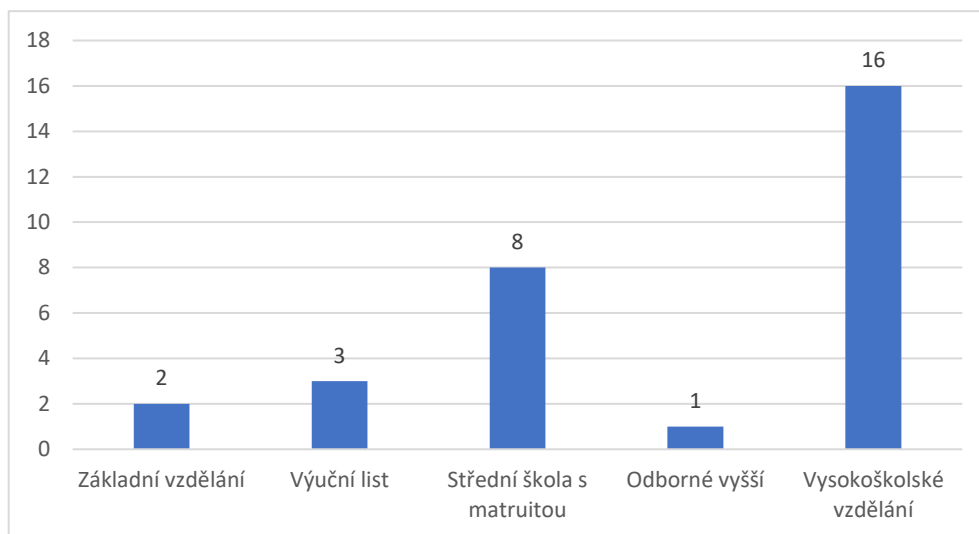
2.3 Výsledky šetření

Graf číslo 1 – Věk respondentek



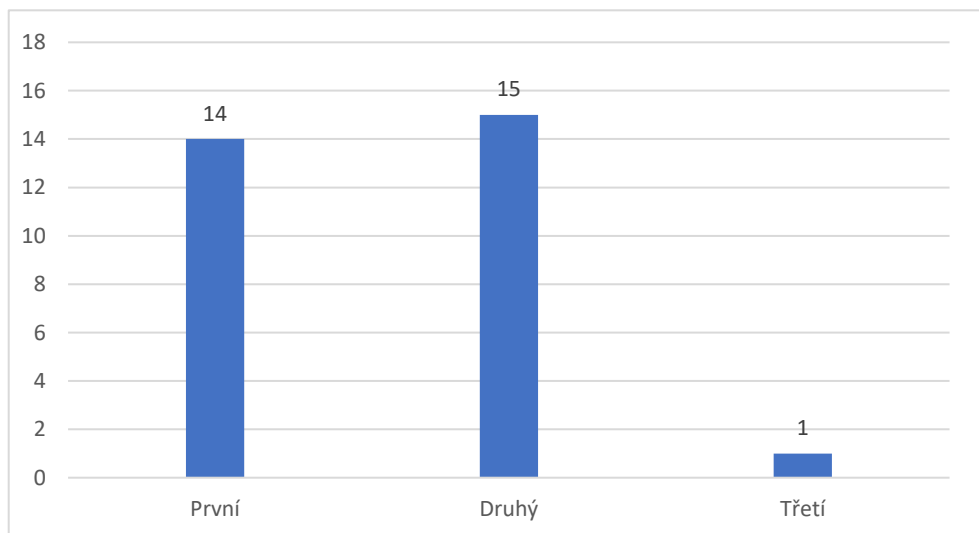
Z celkového počtu 30 (100 %) matek, byla 1 (3 %) ve věku 22–25 let, 6 (20 %) matek bylo ve věku 26–29 let, 12 (40 %) matek bylo ve věku 30–33 let, 9 (30 %) matek bylo ve věku 34–37 let a 2 (7 %) matky byly ve věku 38–40 let. Nejmladší matce bylo 22 let, nejstarší bylo 40 let. Průměrný věk všech respondentek činil 32 let.

Graf číslo 2 – Nejvyšší dosažené vzdělání



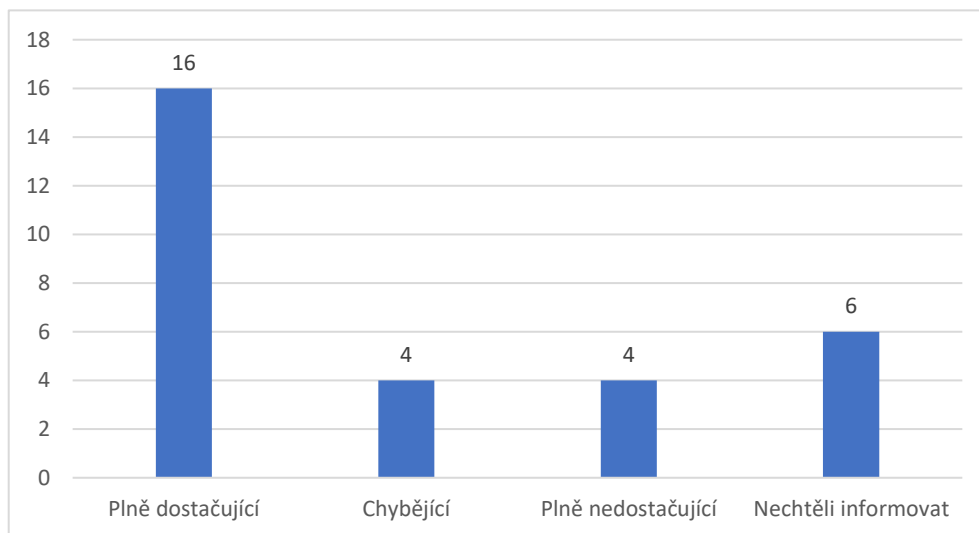
Z celkového počtu 30 (100 %) matek, měly dokončené základní vzdělání 2 (7 %) matky. Výuční list vlastnily 3 (10 %) matky, 8 (27 %) matek mělo dokončené střední vzdělání s maturitou, vyšší vzdělání měla 1 (3 %) respondentka a vysokoškolsky vzdělaných bylo 16 (53 %) matek.

Graf číslo 3 – Dosavadní porody respondentek



Z grafického znázornění vyplývá, že ze 30 (100 %) respondentek rodilo 15 (50 %) matek podruhé, 1 (3 %) matka rodila potřetí a 14 (47 %) matek rodilo poprvé. Dá se tedy předpokládat, že prvorodičky budou potřebovat více informací a praktických ukázek než matky vícerodičky.

Graf číslo 4 – Chování dítěte v náručí



Na grafu číslo 4 je znázorněna dostatečnost podání informací v oblasti chování dítěte v náručí.

Za plně dostačující se považovala kladná odpověď na podotázky, které se týkaly slovního vysvětlení a názorné praktické ukázky. Z celkového počtu 30 (100 %) respondentek, uvedlo 16 (54 %) matek, že informace byly plně dostačující.

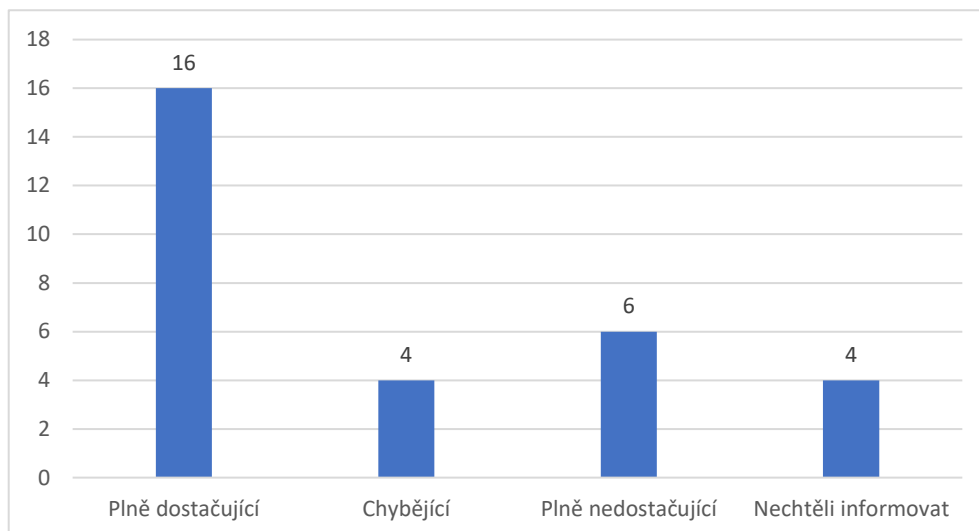
Vyhodnocení chybějících informací bylo v případě jedné kladné a jedné negativní odpovědi, na což 4 (13 %) matky uvedly, že informace nebyly úplné.

Naprostá absence informací znamenala dvě negativní odpovědi. V tomto případě 4 (13 %) matky uvedly, že nedostaly žádné informace.

Šest (20 %) matek nechtělo být informováno, neboť byly vícerodičky.

Mezi respondentkami, které uvedly chybějící informace v okruhu praktické ukázky byly tři prvorodičky a plnou absenci informací uvedly čtyři prvorodičky. Edukace v oblasti chování dítěte v náručí mezi prvorodičkami tedy byla z poloviny adekvátní.

Graf číslo 5 – Oblékání dítěte



Na grafu číslo 5 je znázorněna dostatečnost podání informací v oblasti oblékání dítěte.

Za plně dostačující informace se považovaly dvě kladné odpovědi na podotázky, které se týkaly slovního vysvětlení a praktické ukázky. Z celkového počtu 30 (100 %) respondentek, uvedlo 16 (54 %) matek, že informace byly plně dostačující.

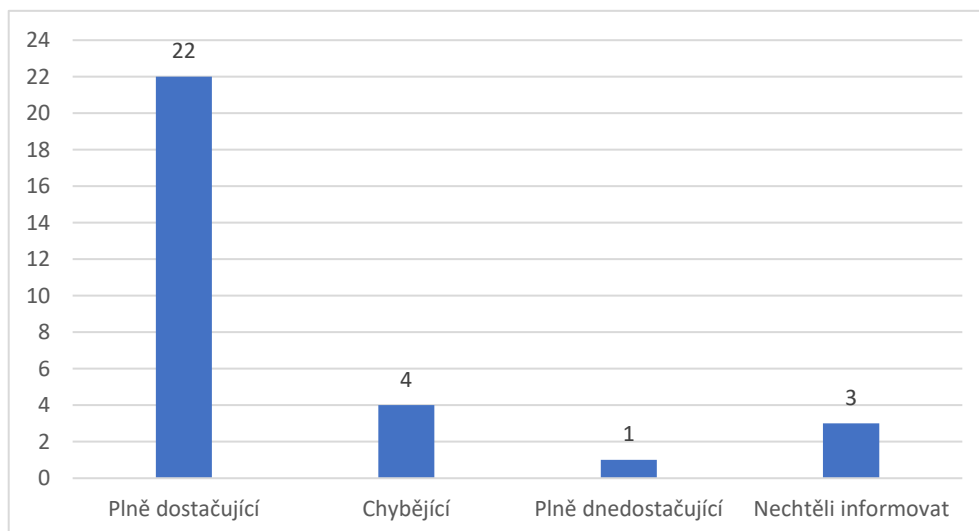
Za chybějící informace se považovala jedna kladná a jedna negativní odpověď, přičemž 4 (13 %) matky uvedly, že informace nebyly úplné.

Za plnou absenci informací byly považovány dvě negativní odpovědi a reagovalo tak 6 (20 %) matek.

Celkem 4 (13 %) matky nechtěly být informovány, jelikož byly vícerodičky.

Mezi respondentkami, které uvedly chybějící informace v okruhu slovního vysvětlení byla jedna prvorodička a plnou absenci uvedlo pět prvorodiček. Lze tedy předpokládat, že edukace prvorodiček v oblasti oblékání dítěte byla pouze z části adekvátní.

Graf číslo 6 – Poloha dítěte při spaní



Na grafu číslo 6 je znázorněna dostatečnost podání informací v oblasti poloh novorozence při spánku.

Za plně dostačující edukaci se považovaly dvě kladné odpovědi na podotázky, které se týkaly slovního vysvětlení a praktické ukázky. Z celkového počtu 30 (100 %) respondentek, uvedlo 22 (73 %) matek, že informace byly plně dostačující.

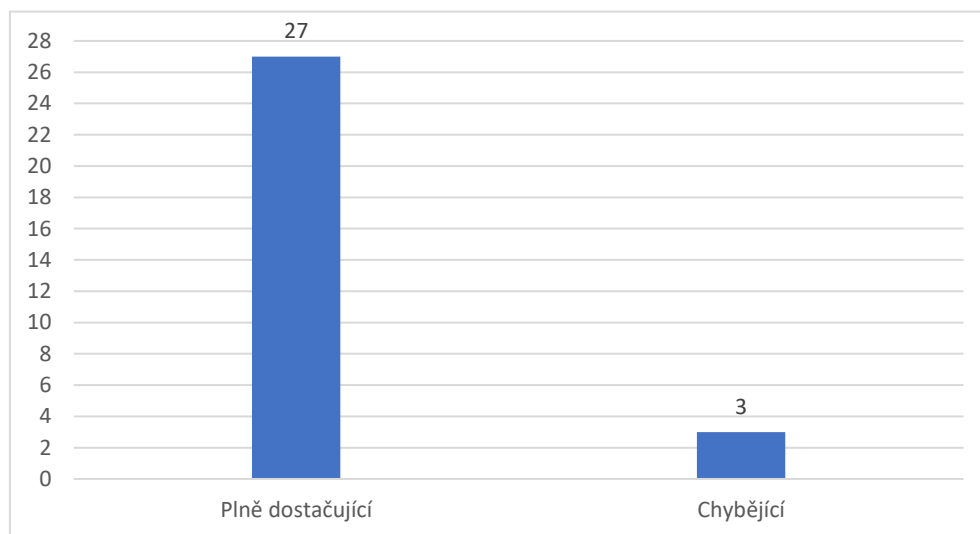
Chybějící informace byly hodnoceny na základě jedné kladné a jedné negativní odpovědi, kdy 4 (14 %) matky uvedly, že informace nebyly úplné.

Dvě negativní odpovědi byly hodnoceny jako úplná absence informací a pouze 1 (3 %) matka uvedla, že informace byly plně nedostačující.

Dohromady 3 (10 %) matky nechtěly být informovány, jelikož byly vícerodičky a informace nebyly třeba.

Mezi respondentkami, které uvedly chybějící informace byla pouze jedna prvorodička, která postrádala praktickou ukázku. Lze tedy předpokládat, že edukace prvorodiček v oblasti poloh dítěte při spaní byla dostačující.

Graf číslo 7 – Péče o pupek



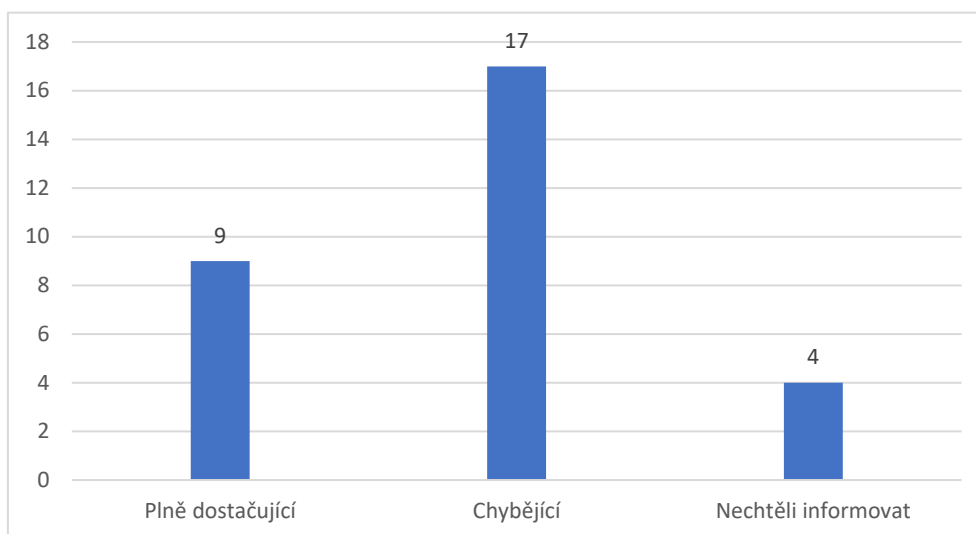
Na grafu číslo 7 je znázorněna dostatečnost podání informací v oblasti péče o pupek.

Za plně dostačující edukaci se považovaly dvě kladné odpovědi v okruhu vysvětlení a praktické ukázky. Z celkového počtu 30 (100 %) respondentek, uvedlo 27 (90 %) matek, že informace byly plně dostačující.

Za chybějící informace se považovala jedna kladná a jedna negativní odpověď a 3 (10 %) matky uvedly, že informace nebyly úplné.

Všechny prvorodičky hodnotily kladně a z toho vyplývá, že edukace prvorodiček v oblasti péče o pupek byla dostačující v plné míře.

Graf číslo 8 – Hygiena novorozence (přebalování dítěte)



Na grafu číslo 8 je znázorněna dostatečnost podání informací v oblasti hygieny, konkrétně přebalování novorozence. Zde se hodnotilo, zda proběhlo slovní vysvětlení, praktická ukázka, rady ohledně vhodné kosmetiky pro dítě a rady ohledně správného výběru velikosti plen.

Za plně dostačující edukaci se považovaly čtyři kladné odpovědi. Z celkového počtu 30 (100 %) respondentek, uvedlo 9 (30 %) matek, že informace byly plně dostačující.

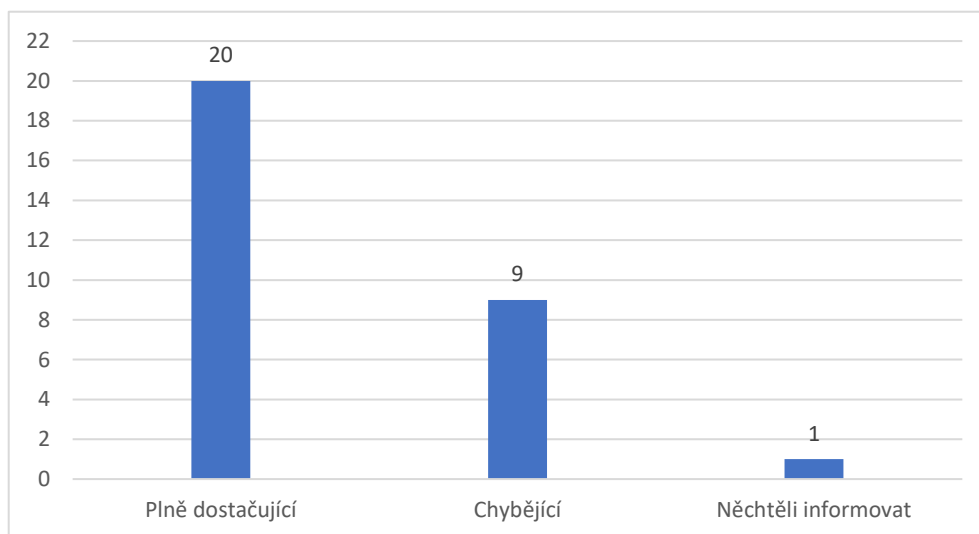
Vyhodnocení chybějících informací bylo v případě maximálně dvou negativních odpovědí, a takto odpovědělo 17 (57 %) matek.

Celkem 4 (13 %) matky nechtěly být informovány.

Mezi respondentkami, které uvedly chybějící informace bylo jedenáct prvorodiček. Naprosté většině chyběla informace ohledně výběru velikosti plen pro dítě a tři prvorodičky uvedly chybějící informace v doporučení vhodné kosmetiky.

V tomto případě lze vyhodnotit, že edukace prvorodiček v oblasti přebalování dítěte, v okruhu vysvětlení a praktické ukázky byla plně dostačující, ovšem informace ohledně výběru velikosti plen a vhodné kosmetiky byly nedostačující.

Graf číslo 9 – Hygiena novorozence (koupání)



Na grafu číslo 9 je znázorněna dostatečnost podání informací v oblasti hygieny, konkrétně koupání novorozence. Hodnotila se zde praktická ukázka, rady ohledně ideálního množství a teploty vody, polohy dítěte při koupání a vhodná kosmetika pro dítě.

Za plně dostačující edukaci se považovalo pět kladných odpovědí. Z celkového počtu 30 (100 %) respondentek, uvedlo 20 (67 %) matek, že informace plně dostačující byly.

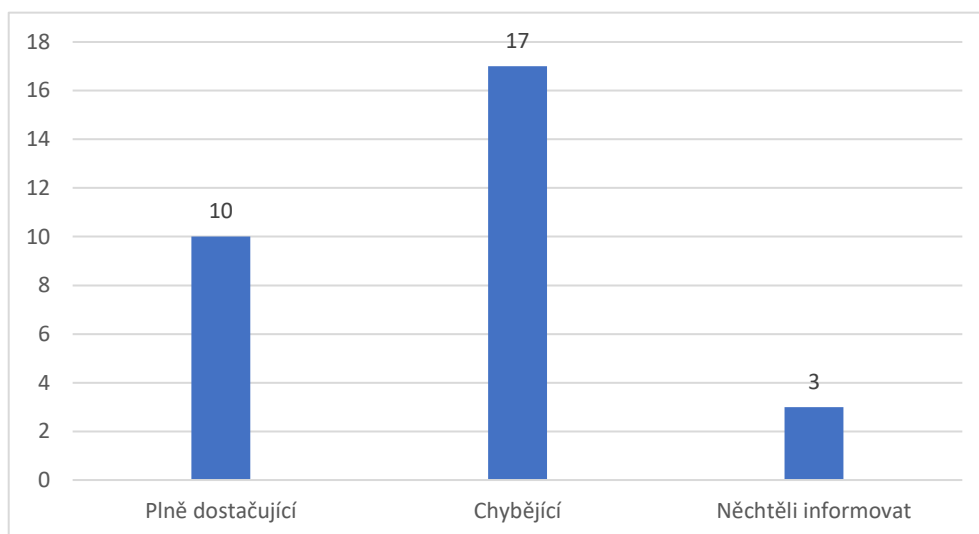
Vyhodnocení chybějících informací bylo v případě maximálně dvou negativních odpovědí, což uvedlo 9 (30 %) matek.

Pouze 1 (3 %) matka vícerodička informována být nechtěla.

Mezi respondentkami, které uvedly chybějící informace byly čtyři prvorodičky. Informace postrádaly především v doporučení ideální teploty a množství vody pro koupel, a také v doporučení vhodné kosmetiky pro dítě.

Lze tedy hodnotit, že edukace prvorodiček v oblasti koupání dítěte byla plně dostačující v okruhu praktické ukázky a vhodných poloh dítěte a z větší části byla adekvátní i edukace prvorodiček v doporučení vhodné kosmetiky, teploty a množství vody.

Graf číslo 10 – Kojení novorozence



Na grafu číslo 10 je znázorněna dostatečnost podání informací v oblasti kojení novorozence. Hodnotila se zde praktická ukázka, jak dítě kojit, dále polohy dítěte při kojení, četnost kojení, správné polohy pro odříhnutí dítěte, správná strava a nápoje pro matku při kojení, a jak správně pečovat o bradavky před kojením.

Za plně dostačující edukaci se považovalo šest kladných odpovědí. Z celkového počtu 30 (100 %) respondentek, uvedlo 10 (33 %) matek, že informace byly plně dostačující.

Chybějící informace se hodnotily na základě maximálně tří negativních odpovědí, a tedy 17 (57 %) matek uvedlo, že informace nebyly úplné.

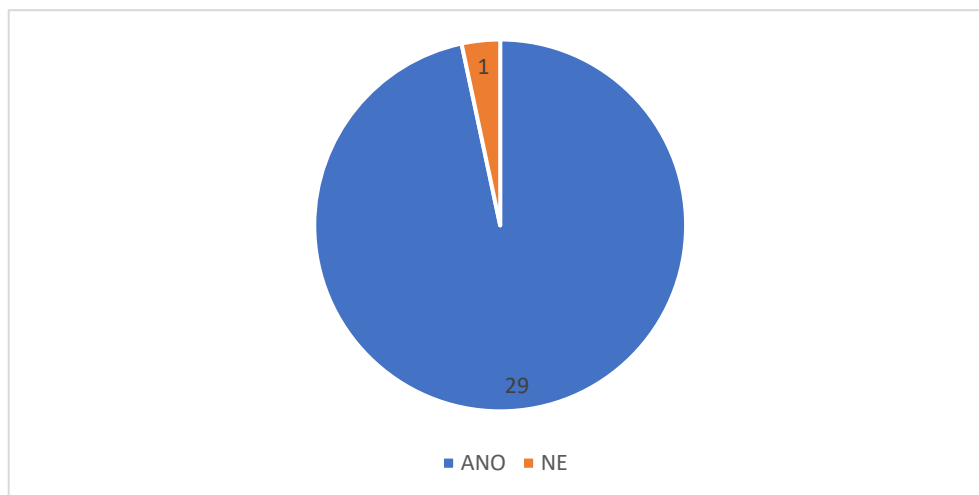
Dohromady 3 (10 %) matky vícerodičky informace nepotřebovaly.

Mezi respondentkami, které uvedly chybějící informace bylo celkem deset prvorodiček. Nejčastější byla absence informací ohledně stravy rodiček při kojení a péče o bradavky před kojením. Tři prvorodičky uvedly, že jim nebyly ukázány polohy dítěte při kojení a šest prvorodiček uvedlo, že jim nebyly ukázány polohy dítěte při odříhnutí.

Z tohoto šetření lze vyhodnotit, že edukace prvorodiček v oblasti kojení, byla plně dostačující v okruhu četnosti kojení a praktické ukázky. V okruhu poloh dítěte při kojení a odříhnutí lze hodnotit jako dostatečnou edukaci prvorodiček a doporučení ohledně péče o bradavky a stravy při kojení

můžeme hodnotit jako méně dostačující, neboť tyto informace chyběly většině dotázaných respondentek.

Graf číslo 11 – Komunikace (časová náročnost)

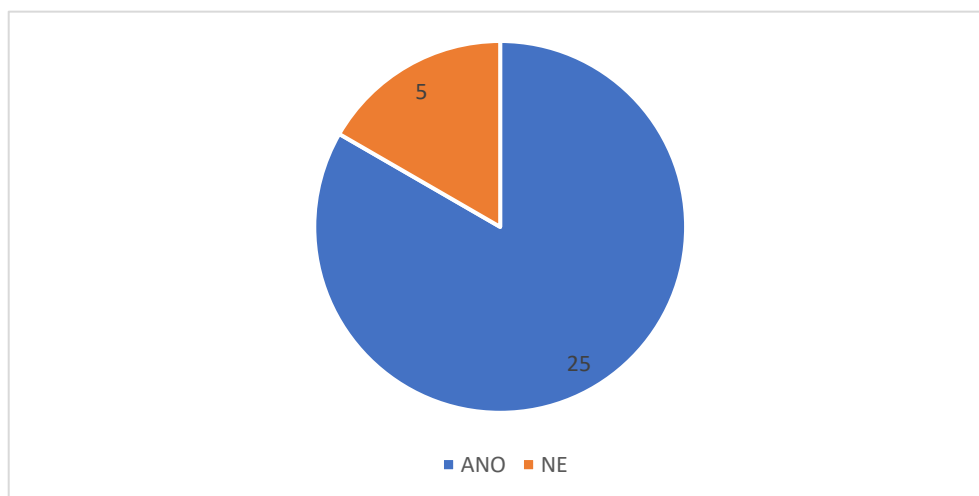


Na grafu číslo 11 je znázorněna míra časové náročnosti. Všechny 30 (100 %) respondentek bylo dotázáno, zda na předání informací (edukaci) bylo dostatek času. Zde se hodnotila pouze kladná nebo negativní odpověď.

U 29 (97 %) respondentek byla odpověď kladná, u 1 (3 %) respondentky byla odpověď negativní.

Z tohoto šetření tedy lze hodnotit, že v oblasti časové náročnosti je dostatek času na edukaci.

Graf číslo 12 – Komunikace (dostatečnost informací)



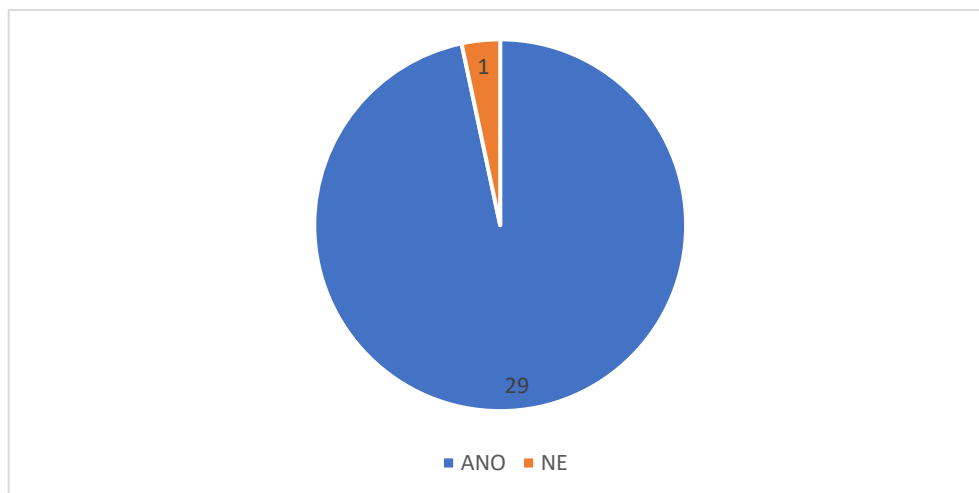
Na grafu číslo 12 je znázorněna dostatečnost podaných informací. Respondentky byly dotázány na celkový pohled ohledně dostatku informací. Zde se hodnotila pouze kladná nebo negativní odpověď.

Z celkového počtu 30 (100 %) respondentek, uvedlo 25 (83 %) respondentek, že celkové informace byly předány v dostatečné míře.

Celkem 5 (17 %) respondentek uvedlo, že informace nebyly podány v plné míře.

Mezi respondentkami, které uvedly negativní odpověď, a tím tedy nedostatečnost podaných informací byly dohromady čtyři prvorodičky. Lze tedy vyhodnotit, že dostatečnost edukace je z větší míry adekvátní.

Graf číslo 13 – Komunikace (prostor na dotazy)

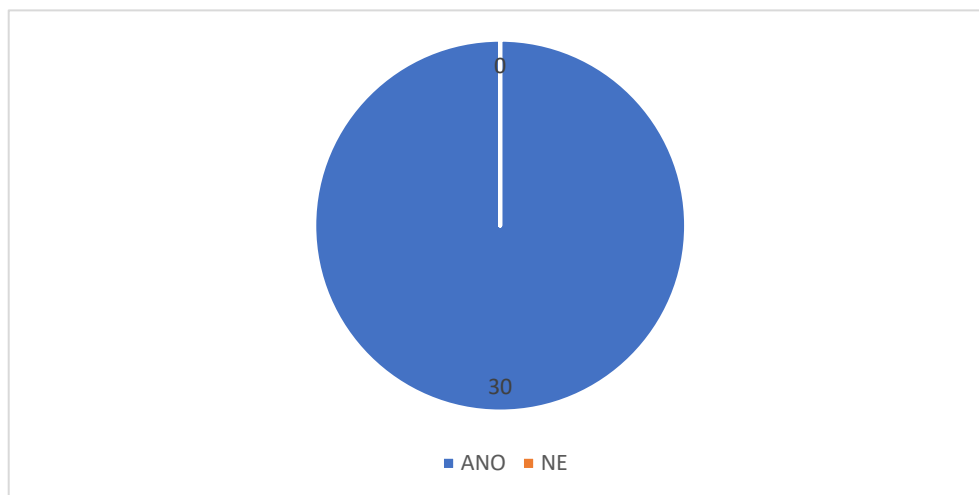


Na grafu číslo 13 je znázorněno, zda měly respondentky možnost dotázat se na případné nejasnosti. I zde se hodnotila pouze kladná nebo negativní odpověď.

Z celkového počtu 30 (100 %) respondentek, uvedlo 29 (97 %) respondentek, že prostor na dotazy nebyl žádným způsobem omezen a 1 (3 %) respondentka uvedla, že prosto na dotazy nebyl možný.

Respondentka, která uvedla nemožnost dotázat se na případné nejasnosti byla prvorodička. Z tohoto šetření ale můžeme vyhodnotit, že je prostor na podání dotazů.

Graf číslo 14 – Komunikace (Srozumitelnost informací)



Na grafu číslo 14 je znázorněna míra srozumitelnosti předaných informací. Všechny 30 (100 %) respondentek bylo dotázáno, zda předané informace byly v celkové míře srozumitelné. Zde se hodnotila pouze kladná nebo negativní odpověď.

Všechny 30 (100 %) respondentek uvedlo odpověď kladnou a výsledek šetření v oblasti srozumitelnosti podaných informací tedy lze hodnotit jako plně uspokojivý.

3. Diskuse

V mé bakalářské práci jsem se zabývala stanovením, zda jsou matky na novorozeneckém oddělení kvalitně edukovány v oblasti péče o fyziologického novorozence, jestli jsou personálem k péči o dítě podporovány, a zda je množství předaných informací dostatečné a srozumitelné.

Šetření probíhalo na oddělení fyziologických novorozenců ve Fakultní nemocnici v Motole, a to formou kvantitativní, za použití anonymních dotazníků. K výzkumnému šetření bylo dotázáno 31 respondentů, z čehož dotazník vyplnilo celkově 30 respondentů.

Prvotní část dotazníku byla povahy identifikační, kde jsem se dotazovala na věk, nejvyšší dosažené vzdělání a počet porodů respondentek.

Z celkového počtu 30 respondentek (100 %), pouze jedna respondentka (3 %) zastoupila věkovou skupinu 22–25 let, ve věku 26–29 let bylo celkem šest respondentek (20 %), nejpočetnější věková skupina byla ve věku 30–33 let v zastoupení dvanácti respondentek (40 %), druhá nejpočetnější věková skupina 34–37 let byla v počtu devíti respondentek (30 %) a dvě respondentky (7 %) byly v rozmezí 38–40 let. Průměrný věk všech respondentek činil 32 let, z toho nejmladší bylo 22 let a nejstarší 40 let.

V oblasti nejvyššího dosaženého vzdělání měly dokončené základní vzdělání dvě respondentky (7 %), výuční list vlastnily tři respondentky (10 %), dokončené středoškolské vzdělání s maturitou mělo osm respondentek (27 %), nejmenší skupinu vyššího odborného vzdělání zastala pouze jedna respondentka (3 %) a největší zastoupení v celkovém počtu šestnácti respondentek (53 %) bylo vysokoškolsky vzděláno.

Z grafického znázornění počtu porodů vyplývá, že pouze jedna respondentka (3 %) měla třetí porod, patnáct respondentek (50 %) rodilo podruhé a prvorodiček bylo čtrnáct (47 %). Z tohoto výsledného šetření se dá předpokládat, že prvorodičky budou potřebovat více informací v péči o

dítě a více praktických ukázek než matky vícerodičky. Je také pravděpodobné, že budou mít více dotazů k jednotlivým úkonům.

Další část dotazníku se zaměřovala na okruhy v péči o novorozence, kde bylo uvedeno chování dítěte v náruči, oblékání dítěte, poloha dítěte při spaní, přebalování dítěte, péče u pupeční pahýl, koupání dítěte a kojení dítěte. Každá tato část měla uzavřené podotázky, na které se odpovídalo ano – ne.

V oblasti chování dítěte v náruči nepožadovalo žádné informace celkem šest respondentek (20 %). Šestnáct respondentek (54 %), z čehož bylo 7 prvorodiček uvedlo, že předané informace byly dostačující v plné míře ve všech bodech. Čtyři respondentky (13 %), z toho 3 prvorodičky, uvedly chybějící informace, a to v části ukázky, jak se dítě chová. Čtyři prvorodičky (13 %) pak uvedly, že informace v oblasti chování dítěte v náruči byly plně nedostačující, kdy se jim nedostalo ukázky, ani vysvětlení techniky. Edukace v oblasti chování mezi prvorodičkami byla z poloviny adekvátní.

V oblasti oblékání dítěte nepožadovaly žádné informace čtyři respondentky (13 %). Dostačující informace v plné míře vypovědělo celkem šestnáct respondentek (54 %), z toho 8 prvorodiček. Chybějící informace uvedly dohromady čtyři respondentky (13 %), z toho 1 prvorodička. V tomto bodě chyběla dvěma respondentkám ukázka oblékání dítěte a ostatním slovní projev. Naprosto nedostačující informace ohledně edukace v oblékání novorozence uvedlo celkem šest respondentek (20 %), z čehož bylo 5 prvorodiček. Edukace prvorodiček byla z části adekvátní.

V edukaci maminek ohledně poloh novorozence při spaní nepožadovaly žádné informace tři respondentky (10 %). Plně dostačující informování ve všech bodech uvedlo dvaadvacet respondentek (73 %), z toho 13 prvorodiček. Informace chyběly čtyřem respondentkám (14 %), z čehož byla 1 prvorodička. Chybějící informace se opět týkaly ukázky a slovního vysvětlení, kdy v tomto případě chyběla respondentkám názorná ukázka. Plně nedostačující informace ohledně edukace v oblasti poloh novorozence při spaní uvedla jedna (3 %) respondentka.

V oblasti péče o pupeční pahýl uvedla většina respondentek plně dostatečnou informovanost, a to v počtu sedmadvacet žen (90 %), včetně všech prvorodiček. Chybějící informace uvedly celkem tři respondentky (10 %). Informace nebyly dostatečné v ukázce, jak správně pečovat o pupeční pahýl.

V oblasti přebalování novorozeného dítěte nechtěly být informovány čtyři respondentky (13 %). Plně dostačující informace ve všech bodech hodnotilo celkem devět respondentek (30 %) z toho 3 prvorodičky. Většina respondentek uvedla chybějící informace, a to celkem sedmnáct žen (57 %), z toho 11 prvorodiček. V naprosté většině chyběla informace ohledně výběru vhodné velikosti plen pro dítě a tři prvorodičky uvedly chybějící informace i v doporučení vhodné kosmetiky pro novorozené dítě. Edukace prvorodiček v okruhu vysvětlení a praktické ukázky byla plně dostačující, ovšem informace ohledně výběru velikosti plen pro dítě a vhodné kosmetiky byly nedostačující. Lze tedy hodnotit, že edukace by měla být změřena, krom ukázky a vysvětlení, i na praktické rady pro matky.

Dalším bodem byla hygiena novorozeného dítěte, a to v oblasti koupání dítěte. V tomto bodě většina dotázaných potvrdila plně dostačující informace, celkově dvacet žen (67 %), z čehož bylo 10 prvorodiček. Informování odmítla jedna respondentka (3 %) a devět respondentek (30 %), z toho 4 prvorodičky uvedly nedostatečnou informovanost. Chybějící informace se týkaly především rad ohledně ideální teploty vody a množství vody pro koupel, a také rad ohledně vhodné kosmetiky pro dítě. Edukace koupání byla plně dostačující v oblasti praktické ukázky a poloh dítěte. Z větší části byla dostačující i edukace prvorodiček v doporučení vhodné kosmetiky, teploty a množství vody.

Posledním okruhem v péči o fyziologického novorozence bylo kojení. Ohledně kojení nechtěly být informovány tři respondentky (10 %). Za plně dostačující informace označilo deset respondentek (33 %), z toho 4 prvorodičky. Celkem pro sedmnáct respondentek (57 %), z toho 10 prvorodiček, informace nebyly úplné. Nejčastěji chyběly informace o stravě během kojení, péči o bradavky před a po kojení. Tři prvorodičky uvedly, že

jim nebyly ukázány polohy dítěte při kojení a šest prvorodiček uvedlo, že nebyly ukázány polohy dítěte při odříhnutí. Edukace prvorodiček byla dostačující v okruhu četnosti kojení a praktické ukázky. V okruhu poloh dítěte při kojení a odříhnutí lze hodnotit z poloviny dostačující a doporučení ohledně péče o bradavky a stravy při kojení lze hodnotit jako méně dostačující, neboť tyto informace chyběly většině dotázaných. Z tohoto šetření tedy vyplývá, že by se měla edukace zaměřit i na praktické rady stran kojení a v ideálním případě by se mělo využít služeb laktační poradkyně, která je na oddělení přítomna.

Poslední část dotazníku se vztahovala ke komunikaci a předání informací. Hodnotil se dostatek času pro edukaci, získání dostatečného množství informací, vyhrazený prostor pro dotazy, a zda byly předané informace srozumitelné. Výsledné šetření dopadlo velice pozitivně.

Všech 30 respondentek (100 %) bylo dotázáno, zda na předávání informací (edukaci) bylo dostatečné množství času. Celkem devětadvacet žen (97 %) označilo kladnou odpověď a pouze jedna respondentka (3 %) hodnotila negativně. Lze tedy vyhodnotit, že na oddělení je dostatek času na edukaci.

Respondentky byly dále dotázány, zda získaly dostatečné množství informací. Z celkového počtu 30 respondentek (100 %), uvedlo pětadvacet žen (83 %) kladnou odpověď s tím, že celkově byly informace předány v dostatečné míře. Pět respondentek (17 %) hodnotilo negativní odpovědí, že informace chyběly a nebyly tedy podány v dostatečné míře, mezi nimi byly 4 prvorodičky. Z tohoto šetření vyplývá, že množství předaných informací nebylo dostačující v plné míře, ovšem lze hodnotit jako adekvátní z větší části.

Na otázku, zda měly respondentky možnost dotázat se na případné nejasnosti, hodnotilo kladnou odpovědí devětadvacet respondentek (97 %) a pouze jedna žena (3 %) uvedla, že prostor na dotazy nebyl možný.

Posledním bodem celého dotazníku byl dotaz, zda veškeré předané informace byly srozumitelné. Na tuto otázku odpovědělo všech třicet respondentek (100 %) kladnou odpovědí.

Dle výsledků z výzkumného šetření mohu určit, že matky na novorozeneckém oddělení jsou z větší míry dostatečně edukovány v péči o své novorozené dítě. Vyplývá to z grafů 4,5,6,7,8,9 a 12. Dále mohu určit, že na novorozeneckém oddělení je dostatek času k realizaci edukace, jež vyplývá z grafu číslo 11 a je prostor na případné dotazy ze stran rodiček, přičemž tato informace vyplývá z grafu číslo 13. Poslední potvrzení mé hypotézy o dostatku informací lze určit především z grafu číslo 12, kde respondentky hodnotily ve větší míře kladně a srozumitelnost informací lze stanovit z grafu číslo 14, kde kladně hodnotily všechny dotázané respondentky.

4. Závěr

Mé téma bakalářské práce Spolupráce sester s matkami na novorozeneckém oddělení přinesla pozitivní výsledky. Formulovala jsem celkem 3 hypotézy, stran dostatečné edukace matek v péči o novorozence, časové náročnosti edukace na oddělení a srozumitelnosti předaných informací. Veškeré mé hypotézy byly potvrzeny.

Není novinkou, že se mateřství řadí mezi nejkrásnější chvíle života ženy. Je důležité, aby matka po porodu zvládala péči o své novorozené dítě bez výraznějších potíží, a proto je pro ni nezbytné získat dostatek informací, a také podporu od personálu na novorozeneckém oddělení (2).

Má práce je složena ze dvou částí, a to z části teoretické a praktické.

V teoretické části se zabývám definicí a realizací edukace a komunikace, neboť tyto dvě složky jsou nezbytnou součástí práce sestry, a to nejen na novorozeneckém oddělení. Každá sestra by měla ovládat umění komunikace a edukace. V další části teorie uvádím obor neonatologie, včetně etických aspektů, zabývám se klasifikací novorozence a pojednávám o prvotním poporodním ošetření novorozence. Závěrem mé teoretické části popisuji základní péči o fyziologického novorozence, neboť právě tyto úkony se musí předat všem maminkám, které se učí, jak správně pečovat o své miminko. Díky získávání veškerých zdrojů k vypracování teoretické části, jsem mohla připravit dotazníky, které jsem rozdávala maminkám na oddělení. Dále jsem z informací mé teoretické části čerpala informace a poznatky ke zpracování mého edukačního materiálu Desatero pro péči o miminko.

Praktická část probíhala formou výzkumného šetření, přičemž respondentky byly maminky různé věkové kategorie, z nichž polovina byly prvorodičky. Hodnoty výzkumného šetření této práce jsou graficky znázorněny a následně popsány. Edukace v oblasti chování dítěte vyšla z poloviny adekvátní, neboť informace chyběly třem prvorodičkám a plnou absenci informací uvedly čtyři prvorodičky. Edukace prvorodiček v oblasti oblékání dítěte byla pouze z části adekvátní, protože chybějící informace uvedla jedna prvorodička a plnou absenci informací uvedlo pět prvorodiček.

Edukace v oblasti polohy dítěte při spaní byla dostačující. Plně dostačující edukaci lze hodnotit v oblasti péče o pupek, kde všechny prvorodičky odpověděly kladně. Edukace v oblasti přebalování dítěte vyšla jako plně dostačující v okruhu vysvětlení a praktické ukázky, ovšem informace stran výběru velikosti plen a vhodné kosmetiky byly nedostačující, neboť tyto informace chyběly naprosté většině prvorodiček. V oblasti koupání dítěte lze z větší části edukaci hodnotit jako dostačující v doporučení vhodné kosmetiky, teploty a množství vody, a jako plně dostačující lze vyhodnotit praktickou ukázku a vhodné polohy dítěte. Stran kojení byla edukace plně dostačující v oblasti četnosti kojení a praktické ukázky. V oblasti poloh dítěte při kojení a odříhnutí byla edukace dostatečná, a jako méně dostačující byly vyhodnoceny doporučení ohledně péče o bradavky a stravy při kojení, neboť tyto informace chyběly většině dotázaných. Z šetření lze hodnotit, že v oblasti časové náročnosti je na edukaci dostatek času a hodnocení dostačujících informací vyšlo z větší míry adekvátně. Dále lze vyhodnotit, že na oddělení je prostor na dotazy a srozumitelnost podaných informací je plně uspokojivá.

Na závěr praktické části jsem si dovolila připravit edukační materiál Desatero v péči o miminko, kde je zaznamenáno několik jednoduchých, a přitom praktických bodů pro péči o novorozené dítě, aby si maminky po propuštění do domácího prostředí mohly připomenout hlavní zásady péče o miminko.

Informace ke zpracování této práce jsem čerpala především z odborné literatury, a ačkoli jsem se obávala, že bude nedostatek pramenů, ze kterých bych mohla čerpat, opak byl pravdou. Mé obavy přetrvávaly i během výzkumného šetření. Nebyla jsem si jistá, zda budou maminky po porodu ochotné vyplnit dotazník, a tím se i podílet na šetření. A právě velkým překvapením pro mě byla ochota a vlídnost všech mých respondentek, kterým jsem za to velice vděčná.

Díky přípravě tohoto projektu jsem měla velkou příležitost k tomu, seznámit se s chodem oddělení šestinedělí a fyziologických novorozenců ve Fakultní nemocnici v Motole, kde výzkumná část mé bakalářské práce

probíhala, a to od poloviny prosince 2020 do poloviny ledna 2021. Získala jsem tím také nesčítelně nových zkušeností a poznatků nejen do mého profesního života.

Seznam použité literatury

1. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.
2. DUŠOVÁ, Bohdana, HERMANNOVÁ, Martina, JANÍKOVÁ, Eva a Radka SALOŇOVÁ. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0836-7.
3. ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-271-0156-6.
4. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. Sestra. ISBN 978-80-247-1262-8.
5. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. *Základní ošetrovatelské postupy v péči o novorozence: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3940-3.
6. DORT, Jiří, DORTOVÁ, Eva a Petr JEHLIČKA. *Neonatologie*. 2. upravené vydání. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-3936-9.
7. KLÍMA, Jiří a kol. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5014-9.
8. MUNTAU, Ania. *Pediatric*. 2. české vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4588-6.
9. SEDLÁŘOVÁ, Petra a kol. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1613-8.
10. LEBL, Jan. *Klinická pediatrie*. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7262-772-1.
11. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.
12. HEŘMANOVÁ, Jana, VÁCHA, Marek, SVOBODOVÁ, Hana, ZVONÍČKOVÁ, Marie a Jan SLOVÁK. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-3469-9.
13. HÁJEK, Zdeněk, ČECH, Evžen, MARŠÁL, Karel a kol. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.

- 14.DORT, Jiří. *Neonatologie: vybrané kapitoly pro studenty LF*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-0790-5.
- 15.MERENSTEIN, B. Gerald a Sandra L. GARDNER. *Handbook of neonatal intensive care*. 6th ed. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier, 2006. ISBN-13 978-0-323-03300-8.
- 16.GREGORA, Martin a Magdalena PAULOVÁ. *Péče o novorozence a kojence: maminčin domácí lékař*. 3., dopl. a aktual. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2564-2.
- 17.SCHNEIDROVÁ, Dagmar. *Kojení: nejčastější problémy a jejich řešení*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1308-X.

Seznam obrázků, tabulek a grafů

Graf č. 1	25
Graf č. 2	26
Graf č. 3	26
Graf č. 4	27
Graf č. 5	28
Graf č. 6	29
Graf č. 7	30
Graf č. 8	31
Graf č. 9	32
Graf č. 10	33
Graf č. 11	34
Graf č. 12	35
Graf č. 13	36
Graf č. 14	37

Seznam příloh

Příloha č. 1: Desatero k péči o miminko	47
--	-----------

Přílohy

Příloha č. 1 Desatero v péči o miminko

Desatero v péči o miminko

Před vycházkami oblékneme miminko o jednu vrstvu více, než má dospělý člověk. Nezapomínáme na čepičku, v zimních měsících kvůli ochraně před mrazem a v letních měsících kvůli ochraně před sluncem.

Při přebalování musíme očistit kůži vlhkými ubrousky, u holčiček postupujeme zepředu dozadu, u chlapečků musíme ošetřit třísla, záhyby pod šourkem, kůži pod penisem a okolí konečníku. Kůži následně ošetříme krémem nebo mastí.

Při každém přebalení necháme miminko krátce rozbalené, abychom tak zamezili vzniku opruzenin.

Je nežádoucí koupat miminko každý den, aby nedošlo k narušení ochranného filmu kůže.

Při koupání miminka nezapomínáme na kožní záhyby na krku, podpaží, hýždě a genitál.

Po vykoupání miminko důkladně osušíme a zabalíme, včetně hlavičky, čímž zabráníme ztrátám tepla.

Pupečník ošetřujeme 1–2x denně dezinfekčním přípravkem a necháme jej přirozeně zaschnout.

Kojíme dle potřeby. Délka a frekvence závisí na signálech miminka, ovšem nenecháváme dítě u prsu déle než dvacet minut, aby nedošlo ke vzniku ragád.

Znaky správného přisátí miminka k prsu: nevpadající tváře, neslyšíme srkavý zvuk, pohybují se ušní boltce.

Po každém krmení necháme miminko odříhnout, aby ho netlačil spolykaný vzduch v bříšku. Můžeme využít polohu přes rameno, kdy trup miminka spočívá na naší hrudi a rukou ho držíme pod zadečkem.